



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ITAPÚA (U.N.I)
Creada por Ley 1009 de Fecha 03 de diciembre de 1.996.-
Facultad de Medicina



Habilitada por Resolución del Consejo de Universidades N° 35-02-96 (A.S. N° 35-07-11-96)
Acreditada por la Agencia Nacional de Evaluación de la Educación Superior (ANEAES) Resolución N° 459 (22/12/2022)
y por el Sistema de Acreditación Regional de Carreras Universitarias para el MERCOSUR, ARCU-SUR. Acuerdo N° 429 (20/11/2018)
calle Abg. Lorenzo L. Zacarías entre Las Palmeras y Mburucuyá / Independencia Nacional esq. Gral. Bruguez - Encarnación - Itapúa – Paraguay
<https://medicina.uni.edu.py/> - medicina@uni.edu.py

Solicitud de Inscripción periodo lectivo 2026
Curso: PRIMERO

Apellidos: _____

Nombres: _____

Número de Documento de Identidad: _____ Edad: _____ años

Tipo de Documento: Cédula de Identidad Paraguaya: ☐ DNI: ☐ Otro: ☐ especificar: _____

Fecha de caducidad de documento de identidad ____/____/____ Nacionalidad: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Número de teléfono celular: _____ Grupo Sanguíneo y Factor Rh: _____

Teléfono y nombre/filiación de contacto en caso de emergencia: _____

Dirección de Correo Electrónico Institucional/Personal: _____

Domicilio: Calle: _____ N°: _____

Barrio: _____ Ciudad: _____ País: _____

Estudios realizados

Institución: _____ Año de egreso: _____

Tipo de Gestión de la Institución: Pública ☐ Privada ☐ Subvencionada ☐

Bachiller en: _____ Ciudad y País: _____

POSEE BECA: SÍ ☐ NO ☐

(Especificar institución que le otorga) _____

Arancel Cero

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 PERIODO: 2021 ☐ 2022 ☐ 2023 ☐ 2024 ☐ 2025 ☐

DOCUMENTOS PRESENTADOS	
	1 (Un) certificado de nacimiento original para paraguayos (para extranjeros copia autenticada por escribanía)
	1 (Una) fotocopia de documento de tipificación sanguínea o de licencia de conducir
	5 (Cinco) fotos tipo carnet fondo rojo
	3 (Tres) folios tamaño oficio
	1 (Una) carpeta archivadora
	Boleta de pago de carnet de biblioteca. De matrícula si no cuenta con arancel cero (fotocopia simple)

Fecha de Inscripción: _____

A LA FIRMA DE LA PRESENTE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN, DECLARO LA VERACIDAD DE LOS DATOS Y MANIFIESTO MI CONFORMIDAD CON LA REGLAMENTACION VIGENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE ITAPÚA (UNI). EN MI CALIDAD DE ESTUDIANTE REGULAR DEL PRIMER CURSO DE LA GESTIÓN ACADÉMICA 2025 Y EN LA EVENTUALIDAD DE UN CAMBIO EN LA MALLA CURRICULAR, ASUMIRÉ LA MISMA SI ES QUE RECURSO ASIGNATURAS DEL 1º AÑO EN EL PERIODO 2026.

Firma del/a interesado/a